Bielsko-Biała, dnia ……………………….

# SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

# ASYSTENCKO –PEDAGOGICZNĄ

# (obejmuje samodzielne prowadzenie zajęć)

Wydział Pedagogiki Wyższej Szkoły Administracji w Bielsku-Białej zwraca się uprzejmie z prośbą o przyjęcie Słuchaczki/a studiów podyplomowych **Edukacja i terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera**

Pani / Pana ……………………………………………………………………………………

na praktykę zawodową a realizowaną w wymiarze 60 godzin

…….…………………………………………………………………………………………….

nazwa instytucji

w terminie ………………………………………………………………………………………

Możliwość praktycznej realizacji zajęć dydaktycznych oraz opiekuńczo-wychowawczych, stanowi dla Słuchaczy cenne doświadczenie istotnie wzbogacające umiejętności oraz wiedzę zdobytą na studiach. Dzięki merytorycznym i metodycznym wskazówkom nauczyciela/opiekuna/terapeuty /wychowawcy, Słuchacze będą mieli okazję kształtowania właściwych postaw i umiejętności niezbędnych w pracy zawodowej, a kontakt z wychowankami/podopiecznymi pozwoli wzmocnić ich poczucie odpowiedzialności i samodzielności w realizacji powierzonych zadań.

Zasady odbywania praktyki, jej zaliczenia oraz obowiązki praktykanta zawarte są w oddzielnych dokumentach, które Słuchacz/ka zobowiązana/y jest przedstawić opiekunowi praktyki.

Z wyrazami szacunku

DZIENNIK PRAKTYK

*(wypełnia Słuchacz)*

Imię i nazwisko Słuchaczki/a........................................................................................................ Numer albumu ....................................

Studia podyplomowe

Specjalność**: Edukacja i terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera**

Czas trwania praktyki: od ................................do .................................; ilość dni ……....

Liczba godzin ………...

Nazwa i adres placówki w której odbywana jest praktyka .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Charakterystyka placówki *(rodzaj; typ; wielkość; ilość oddziałów; liczebność klas/grup; warunki pracy; wyposażenie)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................

Pieczątka placówki

............................................ ………………………………………………

data podpis opiekuna praktyki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DZIENNIK PRAKTYK** | | | |
| **Data realizacji praktyki**  **(czas od-do)**  **liczba godzin dydaktycznych**  np.  5.IX.2020  8.00- 12.00  4 godz. dyd. | **Rodzaj podejmowanych działań**  *(proszę wyszczególnić zgodnie*  *z zadaniami do realizacji)* | **Obserwacje i wnioski Słuchacza co do wykonywanej pracy** | **Uwagi** |
| Pierwszy dzień praktyki |  |  |  |
| Drugi dzień praktyki |  |  |  |
| Trzeci dzień praktyki |  |  |  |
| Czwarty dzień praktyki |  |  |  |
| Piaty dzień praktyki |  |  |  |
| Szósty dzień praktyki |  |  |  |
| Siódmy dzień praktyki |  |  |  |

Podpis opiekuna praktyki ………………………………

**PROTOKÓŁ Z OBSERWACJI ZAJĘĆ**

Imię i nazwisko Słuchacza ..........................................................................................................

Numer albumu ..............................................................................................................................

Studia podyplomowe: **Edukacja i terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera**

Miejsce odbywania praktyki: ......................................................................................................

......................................................................................................................................................

Ilość dzieci/podopiecznych w zespole/klasie:…........................................................................

Klasa: ………………………………….………………………………………………………..

Temat obserwowanych zajęć: .....................................................................................................

......................................................................................................................................................

*Podczas obserwacji zajęć należy zwrócić uwagę między innymi na: cele, treści, metody kształcenia i wychowania; środki dydaktyczne; formy organizacyjne zajęć; sposoby komunikowania się z podopiecznymi i budowania relacji pomiędzy podmiotami; postawy uczniów wobec nauczyciela; dbałość o ład klasowy, proces kontroli i oceny, bezpieczeństwo i higienę pracy; indywidualizację działań; sposoby korekty działań uczniowskich; stosowane środki wychowawcze, pracę domową.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data obserwowanych zajęć/czas trwania/liczba godzin** | **Przebieg zajęć** | **Uwagi i spostrzeżenia metodyczne**  **oraz syntetyczna ocena** |
|  |  |  |

Ilość protokołów wymaganych do zaliczenia praktyki określa plan praktyk.

Podpis opiekuna ………………………………….

**POTWIERDZENIE REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**ASYSTENCKO-PEDAGOGICZNEJ**

Imię i nazwisko Słuchaczki/a

....................................................................................................................................................

**Studia podyplomowe**

Specjalność: **Edukacja i terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera**

Czas trwania praktyki/od - do/liczba dni/ilość godzin

......................................................................................

Nazwa i adres instytucji, w której realizowana była praktyka ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

....................................................................

………………………………..

Miejscowość, data Podpis Słuchaczki/a

Podpis opiekuna praktykanta placówki, gdzie realizowane były praktyki

...............................................................................

**(pieczątka placówki)**

**OPINIA O SŁUCHACZU REALIZUJĄCYM PRAKTYKI**

**NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH**

Imię i nazwisko Słuchaczki/a....................................................................................................................

**Studia podyplomowe**

Specjalność: **Edukacja i terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera**

Słuchacz/ka odbywał/a praktykę w okresie (od - do) .......................................................................................................................................

Nazwa i adres instytucji, w której realizowana była praktyka ....................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charakterystyka praktykanta** | **Ocena przygotowania Słuchacza**  *(w miejscu wybranej oceny prosimy postawić znak x)* | | | |
| ***niedostateczna*** | ***dostateczna*** | ***dobra*** | ***bardzo dobra*** |
| Przygotowanie merytoryczne praktykanta/praktykantki |  |  |  |  |
| Przygotowanie metodyczne praktykanta/praktykantki |  |  |  |  |
| Zaangażowanie i zainteresowanie pracą pedagogiczną i terapeutyczną |  |  |  |  |
| Kreatywność i inicjatywa w działaniu |  |  |  |  |
| Umiejętność realizacji konkretnych zadań w działalności pedagogicznej i terapeutycznej |  |  |  |  |
| Umiejętność nawiązywania kontaktu oraz komunikacja z podopiecznymi i personelem instytucji oświatowej, wychowawczo-opiekuńczej i terapeutycznej |  |  |  |  |
| Postawa studenta wobec podopiecznych . Rozumienie potrzeb dziecka/podopiecznego i umiejętność ich zaspokajania |  |  |  |  |
| Indywidualne podejście do podopiecznych i ich problemów |  |  |  |  |
| Umiejętność współpracy w zespole |  |  |  |  |
| Kultura osobista |  |  |  |  |
| Punktualność i zdyscyplinowanie w pracy  Obowiązkowość i odpowiedzialność |  |  |  |  |
| Samodzielność |  |  |  |  |
| Respektowanie uwag i wskazówek opiekuna praktykanta |  |  |  |  |
| Sposób prowadzenia dokumentacji |  |  |  |  |
| **Dodatkowe uwagi o praktykancie/praktykantce istotne w ocenie przydatności do zawodu.**  **(Sugerowane działania doskonalące** |  | | | |
| **Ocena ogólna praktykanta/praktykantki** | Bardzo dobra; dobra; dostateczna; niedostateczna  *(wybraną ocenę prosimy podkreślić)* | | | |

………………………………………………………..

……………………………………………………………..

Pieczątka instytucji Data i podpis opiekuna praktyk

**Uwaga:** studentowi należy przekazać opinię po zakończeniu praktyki w ostatnim dniu pobytu w placówce

**INDYWIDUALNY ARKUSZ OCENY SŁUCHACZKI/A**

Imię i nazwisko Słuchacza...........................................................................................................

Studia podyplomowe

Specjalność: **Edukacja i terapia osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera**

**Arkusz samooceny**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charakterystyka praktykanta** | **Ocena przygotowania Słuchaczki/a**  *(w miejscu wybranej oceny prosimy postawić znak x)* | | | |
| ***niedostateczna*** | ***dostateczna*** | ***dobra*** | ***bardzo dobra*** |
| Przygotowanie merytoryczne praktykanta/praktykantki |  |  |  |  |
| Przygotowanie metodyczne praktykanta/praktykantki |  |  |  |  |
| Zaangażowanie i zainteresowanie pracą pedagogiczną i terapeutyczną |  |  |  |  |
| Kreatywność i inicjatywa w działaniu |  |  |  |  |
| Umiejętność realizacji konkretnych zadań w działalności pedagogicznej i terapeutycznej |  |  |  |  |
| Umiejętność nawiązywania kontaktu oraz komunikacja z podopiecznymi i personelem instytucji oświatowej, wychowawczo-opiekuńczej i terapeutycznej |  |  |  |  |
| Postawa studenta wobec podopiecznych . Rozumienie potrzeb dziecka/podopiecznego i umiejętność ich zaspokajania |  |  |  |  |
| Indywidualne podejście do podopiecznych i ich problemów |  |  |  |  |
| Umiejętność współpracy w zespole |  |  |  |  |
| Kultura osobista |  |  |  |  |
| Punktualność i zdyscyplinowanie w pracy  Obowiązkowość i odpowiedzialność |  |  |  |  |
| Samodzielność |  |  |  |  |
| Respektowanie uwag i wskazówek opiekuna praktykanta |  |  |  |  |
| Sposób prowadzenia dokumentacji |  |  |  |  |
| **Ocena ogólna praktykanta/praktykantki** |  | | | |

Podstawa oceny

|  |  |
| --- | --- |
| * ocena wystawiona przez nauczyciela/opiekuna praktykanta w instytucji |  |
| * ocena wystawiona przez nauczyciela/opiekuna praktykanta w instytucji |  |
| * ocena protokołów z obserwowanych zajęć (uczelniany opiekun praktyk) |  |
| * ocena prowadzenia dziennika praktyk (uczelniany opiekun praktyk) |  |
| * ocena rozmowy dotyczącej przebiegu praktyk (uczelniany opiekun praktyk) |  |
| * samoocena dokonana przez studenta zgodnie z kryteriami oceniających go opiekunów praktyk |  |
| **Ocena praktyki**  **(ocenę stanowi średnia arytmetyczna z podstawy oceny)** |  |

……………………………………………………………….

Podpis uczelnianego opiekuna praktyk

**OBOWIĄZKI OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**ASYSTENCKO-PEDAGOGICZNYCH**

**(wymiar godzin 60)**

1. Do zadań opiekuna należy:

* przeprowadzenie spotkania organizacyjnego ze Słuchaczami (omówienie kwestii związanych ze specyfiką praktyki, obowiązkami i zadaniami Słuchacza, dokumentami)
* losowa kontrola jakości prowadzonych zajęć/hospitacje
* konsultowanie i opiniowanie scenariuszy zajęć (w razie potrzeby)
* przeprowadzenie superwizji podsumowującej całość praktyk, połączonej z samooceną Słuchaczy
* kontrola dokumentów sporządzonych przez Słuchaczy (protokoły z uwagami metodycznymi, dziennik praktyk)
* przygotowanie indywidualnej oceny końcowej praktykanta
* opracowanie uwag dotyczących przebiegu praktyk istotnych w procesie ewaluacji